

RAPPORT de CONTROLE le 28/03/2023

EHPAD LES SOLEILLADES à GENAS_69

Mise en œuvre du Plan EHPAD 2022-2024 : **Contrôle sur pièces**
Thématique: CSP 6 / Gouvernance et Organisation
Organisme gestionnaire : GROUPE ACPA
Nombre de places : 90 places dont 86 places HP et 4 places en HT avec 6 places AJ

Questions	Fichiers déposés OUI / NON	Analyse	Ecart / Remarques	Prescriptions/Recommandations envisagées	Nom de fichier des éléments probants	Réponse de l'établissement	Conclusion et mesures correctives définitives
1- Gouvernance et Organisation							
1.1 L'établissement dispose-t-il d'un organigramme nominatif détaillant les liens hiérarchiques et fonctionnels ? Joindre le document.	OUI	L'organigramme transmis est nominatif et daté du 04/10/2023. Il rend compte des liens hiérarchiques et fonctionnels de l'EHPAD ainsi que de son organisation interne.					
1.2 Quels sont les postes vacants : préciser la nature et la qualification du ou des poste(s) ?	OUI	L'organigramme transmis permet de visualiser les postes vacants suivants : - 1 ETP second de cuisine - 3 ETP aides-soignants - 1 ETP IDE - 1 poste à mi-temps d'aide-soignant de nuit - 1 ETP d'auxiliaire de vie					
1.3 Le directeur / la directrice dispose-t-il/elle du niveau requis de qualification ? Joindre le justificatif : soit le diplôme, soit l'arrêté de nomination (CCAS et FPH).	OUI	La directrice possède un master Administration des Entreprises et des Organisations depuis 2007, justifiant d'une qualification de niveau 7.					
1.4 Dispose-t-il d'un document unique de délégation pour les établissements privés et pour les directeurs sous contrats de droit privé? Joindre le document.	OUI	Le DUD est complet et rend compte des attendus réglementaires.					
1.5 Une astreinte administrative de direction est-elle organisée et formalisée ? Joindre la procédure et le calendrier du 1er semestre 2023.	OUI	Le planning des astreintes de direction 2023 est remis. A sa consultation, il apparaît que 3 cadres de l'EHPAD assurent l'astreinte : la directrice, le responsable pôle soin et la responsable pôle hébergement. En outre, un médecin est de garde pour assurer également une astreinte les week-ends dont le médecin coordonnateur de l'EHPAD. De plus, la "procédure d'appel astreinte" précise les numéros de téléphone des trois cadres, des médecins d'astreinte, et d'un personnel technique. Elle indique uniquement qui appeler les week-ends (responsable pôle soin, responsable pôle hébergement et médecins de garde) et la semaine (la directrice qui assure cette fonction en systématique toutes les semaines). La procédure est de ce fait très succincte et ne présente pas l'organisation du dispositif d'astreinte mis en place notamment les situations dans lesquelles les professionnels peuvent avoir recours au cadre d'astreinte. Il est à noter qu'aucun horaire n'est spécifié sur le planning ni sur la procédure "appel d'astreinte". Pour rappel, les astreintes concernent les jours et horaires non-ouvrés.	Remarque 1 : L'absence d'une procédure développée et complète relative à l'astreinte administrative de direction peut mettre en difficulté les professionnels dans la mise en œuvre de l'astreinte.	Recommandation 1 : Compléter la procédure d'astreinte en précisant l'organisation et le fonctionnement de l'astreinte administrative de direction et la transmettre.	"soleillades procédure absence Direction DSO"	Note à compléter Procédure mise à jour le 01/01/2024	La procédure remise, intitulée "ORGANISATION DE LA SUPPLEANCE DE LA DIRECTION EN CAS D'ABSENCE POUR CONGES OU PENDANT LE WEEK-END", datée du 01/01/2024, s'adresse au personnel de l'EHPAD. Le document explique de manière très claire qui contacter en cas de besoin pendant les congés de la directrice et pendant le temps d'astreinte (WE/jours fériés) et les précise les types d'événements nécessitant la saisine du cadre. Ce document vient utilement compléter les supports existants de l'astreinte. La recommandation 1 est levée.
1.6 Un CODIR régulier concernant l'EHPAD contrôlé est-il mis en place ? Joindre les 3 derniers PV	OUI	Les comptes rendus des CODIR des 07/09/2023, 22/09/2023 et 06/10/2023 ont été remis. Ces réunions se tiennent toutes les deux semaines. La lecture des comptes rendus fait apparaître qu'ils sont manuscrits et peu lisibles, ce qui ne permet pas aux cadres de se réapproprier les points évoqués en réunions ou en cas d'absence. Les CODIR abordent divers sujets liés à l'organisation interne de l'EHPAD.	Remarque 2 : Les comptes rendus manuscrits du CODIR sont peu lisibles, ce qui ne facilite pas le partage d'information et sa diffusion entre les cadres, ni l'appropriation des éléments présentés en réunion.	Recommandation 2 : Revoir le format de présentation des comptes rendus de CODIR pour faciliter l'échange et l'appropriation des informations présentées lors de ces réunions.	"STAFF HEBDO modèle informatisé 2024"	Les comptes rendus seront informatisés en 2024.	Il est pris acte de la réponse indiquant l'informatisation à venir des comptes-rendus de CODIR, l'essentiel étant que le CR retranscrive, outre la date, lieu et heure de la réunion, les personnes présentes/absentes, l'ordre du jour, les informations principales et les décisions prises pendant la réunion, la liste des actions en-cours et à mener et les échéances et la date de la prochaine réunion. La recommandation 2 est levée.
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	OUI	Le projet d'établissement, couvrant la période 2019-2023, a été élaboré en collaboration avec les professionnels, les usagers et partenaires extérieurs et bénévoles. Cependant, il est à noter l'absence de la date de validation par le CVS. Le document est très complet et présente un plan d'action bien défini qui décline les objectifs du plan.	Ecart 1 : En l'absence de mention de la date de consultation du CVS sur le projet d'établissement, l'EHPAD n'atteste pas de sa conformité à l'article L311-8 du CASF.	Prescription 1 : Veiller à indiquer dans le prochain projet d'établissement la date de consultation du CVS, afin d'être en conformité avec l'article L311-8 du CASF.	"CR CVS 2019 Présentation PE" "Présentation PE COPIL n°2" plan_actions.php	Le CR du CVS du 15/04/2019 évoque la présentation du projet d'établissement. En PJ les éléments présentés en séance du 15/04/2019	Lors du CVS du 15 avril 2019, un point de présentation des 6 thèmes retenus, qui ont fait l'objet de groupes de travail, dans le cadre de l'actualisation du Projet d'Etablissement a été fait en séance. Il est indiqué dans le document que "le projet d'établissement est en cours de rédaction et doit être validé par le groupe cet été". Il est donc compris que l'établissement n'a pas soumis par la suite au CVS le projet d'établissement 2019-2023 une fois finalisé. De ce fait, il conviendra, pour le prochain projet d'établissement (l'actuel étant arrivé à échéance en 2023) d'assurer sa consultation par le CVS. La prescription 1 est maintenue dans l'attente du lancement du prochain projet d'établissement et dans l'objectif d'assurer sa consultation par le CVS. Il n'est pas attendu d'éléments probants en retour.
1.8 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	OUI	Le règlement de fonctionnement a été mis à jour en janvier 2023. Cependant, les éléments réglementaires suivants sont manquants : - la date de consultation par le CVS afin d'attester de sa validation par ce dernier - le point sur les "modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues".	Ecart 2 : En l'absence de mention de la date de consultation du CVS pour la mise à jour du règlement de fonctionnement, l'EHPAD n'atteste pas de sa conformité à l'article L 311-7 du CASF. Ecart 3 : En l'absence d'élément concernant "les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues" dans le règlement de fonctionnement, le document contrevient à l'article R311-35 du CASF.	Prescription 2 : Assurer la consultation du CVS sur le règlement de fonctionnement pour sa mise à jour et inscrire la date de consultation dans le document, afin d'être en conformité avec l'article L311-7 du CASF. Prescription 3 : Intégrer dans le règlement de fonctionnement les éléments relatifs aux "modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement ou le service lorsqu'elles ont été interrompues", conformément à l'article R311-35 du CASF.		Une mise à jour du Règlement de fonctionnement est en cours de finalisation par notre service juridique. Il sera envoyé à la mission d'inspection dès sa diffusion.	Il est bien noté que le règlement de fonctionnement est en cours de finalisation par le service juridique du groupe gestionnaire. L'établissement et le groupe gestionnaire veilleront à assurer la consultation du CVS sur le règlement de fonctionnement pour sa mise à jour et inscrire la date de consultation dans le document. Ils se conformeront à la réglementation en intégrant dans le règlement de fonctionnement les éléments relatifs aux "modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement ou le service lorsqu'elles ont été interrompues". Les prescriptions 2 et 3 sont levées.
1.9 L'établissement dispose-t-il d'un(e) IDEC ? Joindre son contrat de travail pour le privé ou son arrêté de nomination pour le public.	OUI	Le contrat de travail de l'IDEC en CDI a été signé en 2008. Elle est désignée dans le document comme la responsable pôle soin.					

1.10 L’IDEC dispose-t-il/elle d’une formation spécifique à l’encadrement ? Joindre le justificatif	OUI	La liste transmise répertorie les formations suivies par l’IDEC de 2013 à 2019. La mission s’interroge sur l’absence d’information sur les formations suivies par l’IDEC depuis sa prise de poste jusqu’en 2013. D’autant que depuis 2013 l’IDEC a participé à seulement 2 formations de 7 heures chacune liées à ses responsabilités en matière d’encadrement : " <i>perfectionnement management</i> " et " <i>entretien professionnel</i> ". Cela pose question en terme de compétence managériale de l’IDEC. Cette situation peut rendre plus complexe l’exercice de ses missions de management d’équipe.	Remarque 2 : Le nombre restreint de formations suivi par l’IDEC entre 2008 et 2023, en lien avec ses missions d’encadrement, peut compliquer l’exercice de ses responsabilités de management d’équipe.	Recommandation 2 : Soutenir l’IDEC dans un processus de formation pour conforter ses compétences managériales.	" 1330nonDPC1_Développer un management d’impulsion_Audace enthousiasme et agilité"	Le plan de formation prévoira une formation managériales pour l’IDEC.	Il est déclaré que "le responsable Pôle soins est inscrit à une formation de management le 5 novembre 2024 au Pôle et que cette formation est financée par le groupe ACPPA". Le document remis à l’appui est une fiche de programme de la formation "développer un management d’impulsion : Audace, enthousiasme et agilité (1330nonDPC1)", proposée par Pôle formation santé". Il est toutefois relevé que le document n’est pas daté. La déclaration fait aussi référence à "l’inscription réalisée sur Outils d’inscription en ligne du Pôle formation Santé". La recommandation 2 est levée.
1.11 L’établissement dispose-t-il d’un MEDEC ? Son temps de travail est-il conforme à la réglementation ? Joindre son contrat de travail et son planning mensuel réalisé (le mois précédent).	OUI	Le MEDEC a signé un CDI à temps partiel en 2017. Il réalise 91h mensuelles, soit 0,6 ETP. Au regard de la capacité d’accueil de l’établissement ce temps de travail est conforme aux attendus réglementaires. Le planning confirme également ces heures réparties sur 3 jours.					
1.12 Dispose-t-il d’une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	OUI	Le diplôme de doctorat en médecine du MEDEC ainsi que sa capacité de médecine en gériatologie, obtenue en 2011, attestent d’une formation de spécialiste en gériatrie.					
1.13 La commission gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle régulièrement ? Joindre les 3 derniers PV.	OUI	Les trois derniers comptes rendus annuels de la commission gériatrique, datés de 2018, 2019 et 2021, ont été remis ainsi que l’ordre du jour de la commission de 2023 qui aura lieu en décembre. Il est à noter que la commission ne s’est pas réunie en 2022 et aucune déclaration n’explique cette absence. Les échanges dans les comptes rendus apparaissent riches et témoignent de l’implication des professionnels libéraux et de l’équipe soignante de l’EHPAD.					
1.14 Le rapport d’activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2022).	OUI	Le RAMA de 2022 est remis. Il présente les modalités de prise en charge des soins et pose des constats d’évolution de l’état de santé des résident. Le document est complet. Cependant, il est noté que le RAMA est signé uniquement par le MEDEC. Pour rappel, ce document doit être conjointement signé par le MEDEC et par le directeur de l’établissement.	Ecart 4 : L’absence de signature du RAMA par la directrice de l’établissement contrevient à l’article D312-158 alinéa 10 du CASF.	Prescription 4 : Apposer la signature de la directrice de l’établissement sur le RAMA 2022, conformément à l’article D312-158 alinéa 10 du CASF.	"RAMA_2022_SIGNE MEDEC_DMR"	RAMA 2022 signé par le Directeur et le médecin coordonnateur.	Dont acte. L’établissement veillera à bien respecter cette double signature qui valide le RAMA à l’avenir. La prescription 4 est levée.
1.15 L’établissement a-t-il une pratique régulière de signalement aux autorités de contrôle des événements indésirables (EI) et ou événements indésirables graves (EIG)? Joindre les signalements des EI/EIG réalisés depuis le 1er janvier 2022 et 2023.	OUI	Aucun signalement d’EI/EIG aux autorités compétentes n’a été transmis. La mission s’interroge sur l’absence de signalement d’EIG/EIG depuis au moins deux ans, alors même que l’établissement dispose de document "mémo" et procédure qui explique comment procéder pour signaler. Et en particulier un document intitulé "mémo EIG à déclarer en externe" qui précise clairement les onze situations de signalements. Cette absence ne témoigne pas d’une pratique régulière de signalement des EI/EIG aux autorités de contrôle. Il apparaît que l’établissement ne possède pas la culture du signalement des EI aux autorités alors même qu’il dispose d’outils qualité.	Ecart 5 : En l’absence de transmission de signalement d’EI/EIG aux autorités de contrôle depuis au moins deux ans, l’établissement ne démontre pas qu’il ait développé la culture du signalement aux autorités de contrôle, ce qui ne garantit pas le respect des obligations prévues à l’article L331-8-1 du CASF.	Prescription 5 : Veiller à assurer le signalement des EI/EIG aux autorités de contrôle, à l’appui des outils qualité internes existants, afin de répondre aux exigences de signalement prévues à l’article L331-8-1 du CASF.	"20230623_Signalement EHPAD Les Soleillades" "20220214_ASO_SOLAS_EIG ARS" "courrier réponse ARS du 21.01.2022" "FEI 2023 export_fiches_evision_05_02_2024_15_58"	Juin 2023 : signalement concernant l’absence de médecin traitant pour 60 résidents. L’établissement procède à des signalement pour les EI/EIG autant que nécessaire.	Il est bien relevé à l’appui des documents remis que l’établissement déclare auprès de l’ARS. La prescription 5 est levée.
1.16 L’établissement s’est-il doté d’un dispositif de gestion globale des EI/EIG : de la déclaration en interne, traitement de l’évènement, réponse apportée à l’analyse des causes ? Joindre le tableau de bord EI/EIG qui mentionne ces actions, depuis le 1er janvier 2022 et 2023.	OUI	Les captures d’écrans de l’outil de traitement des événements de l’EHPAD sont transmises. Elles répertorient les EI/EIG survenus au cours des années 2022 et 2023. Ces fiches donnent de brefs éléments sur les EI déclarés mais n’apportent pas de réponse exhaustive sur le traitement des EI et sur les réponses apportées à l’analyse des causes. Ces éléments transmis sont insuffisants pour attester que l’EHPAD est doté d’un dispositif de gestion globale des EI/EIG.	Ecart 6 : En l’absence de transmission du tableau de suivi des EI/EIG complet, justifiant de toutes les actions permettant le développement de la démarche qualité et gestion des risques, l’EHPAD ne justifie pas qu’il est conforme à l’article L311-3 alinéa 1 CASF.	Prescription 6 : Transmettre le tableau de bord complet des EI et EIG de 2022 et 2023, afin de s’assurer qu’une démarche qualité et gestion des risques est mise en place pour répondre aux exigences de l’article L311-3 alinéa 1 CASF.	"FEI 2023 export_fiches_evision_05_02_2024_15_58"	Ci-joint le tableau avec les événements indésirables internes.	Il est remis en réponse un tableau Excel récapitulatif des fiches d’EI (FEI) ouvertes en 2023, 13 clôturées et 9 en cours. Il détaille le contenu des FEI renseignées, avec 6 colonnes indiquant le n° FEI (id_fiche), nom auteur, date création, titre, nom_tiers_déclarant et description de l’évènement. Ce tableau n’apportent pas d’informations sur le traitement des EI et l’analyse des causes, ce qui ne permet pas d’attester que l’EHPAD est doté d’un dispositif de gestion globale des EI/EIG, au-delà du simple recensement des FEI en interne des EI (de la déclaration en interne, traitement de l’évènement, réponse apportée à l’analyse des causes). Il est rappelé que l’intérêt du recueil, du traitement et l’analyse des EI réside dans le fait que ce dispositif permet de déceler des axes d’amélioration dans les processus de soins, dans l’organisation interne de l’établissement, ou encore la prise en charge des personnes accompagnées. La prescription 6 est toutefois levée.
1.17 Avez-vous organisé de nouvelles élections du Conseil de la Vie Sociale (CVS) suite au décret du 25 avril 2022 ? Joindre la dernière décision instituant le CVS qui identifie chaque catégorie de membres.	OUI	Les élections du CVS ont eu lieu le 31 janvier 2022, antérieurement à la parution du décret d’avril 2022. À cette date, les représentants des résidents et des familles ont été élus. Les élections du personnel du CVS n’ont pas été organisées. En atteste les CR de 2023 sur lesquels il est indiqué concernant les représentants du personnel " <i>sièges à pourvoir</i> ". La composition actuelle du CVS ne respecte pas la réglementation concernant les représentants du personnel.	Ecart 7 : En l’absence d’élection de représentant du personnel au CVS depuis 2022, la composition du CVS contrevient à l’article D311-5 CASF.	Prescription 7 : Procéder aux élections de représentant du personnel au CVS afin de répondre aux exigences de l’article D311-5 du CASF.			Il est remis deux comptes rendus de CVS : celui du 7 janvier 2022 et celui du 4 décembre 2023. Il est bien indiqué dans le compte rendu du CVS de décembre 2023 qu’il n’y a pas de représentant des personnels. L’élection se tiendra donc au cours du 1er trimestre 2024. La prescription 7 est levée.
1.18 Suite à la nouvelle élection du CVS, avez-vous procédé à l’approbation du nouveau règlement intérieur du CVS ? Joindre le PV du CVS se prononçant sur le règlement intérieur.	OUI	Le document transmis correspond au règlement de fonctionnement de l’EHPAD qui comprend une annexe 1 intitulée " <i>Composition et fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale</i> ". À la lecture des comptes rendus de CVS de 2022, le règlement intérieur n’a pas été approuvé par le CVS suite aux élections de janvier 2022. Sa mise à jour en 2023 n’a pas été soumise à l’avis du CVS.	Ecart 8 : En l’absence de validation du nouveau règlement intérieur du CVS par l’instance, l’EHPAD contrevient à l’article D311-19 CASF.	Prescription 8 : Valider le règlement intérieur du CVS, conformément à l’article D311-19 CASF.	"CR CVS 04.12.2023 signé"	Cf. CR CVS du 4/12/2023	Il est bien relevé que lors du CVS de décembre 2023 le nouveau règlement intérieur du CVS a été présenté en séance et approuvé à l’unanimité. La prescription 8 est levée.
1.19 Joindre les 3 PV du CVS de 2022 et les derniers de 2023	OUI	Les comptes rendus de CVS aux dates suivantes ont été remis : 07/01/2022, 10/10/2022, 27/03/2023 et le 29/06/2023. Il n’y a donc eu seulement deux réunions de CVS en 2022, ce qui contrevient à la réglementation, qui fixe 3 CVS au minimum par an. Il est également noté la signature de la directrice de l’EHPAD sur les comptes rendus de CVS en plus de la signature du Président du CVS. Or, il est rappelé que seul le président du CVS signe les comptes rendus.	Ecart 9 : En l’absence d’organisation de 3 CVS en 2022, l’EHPAD contrevient à l’article D311-16 du CASF. Ecart 10 : En faisant signer le compte rendu du CVS par la Directrice en plus du Président, l’établissement contrevient à l’article D311-20 du CASF.	Prescription 9 : Veiller à réunir le CVS au moins 3 fois par an, conformément à l’article D 311-16 du CASF. Prescription 10 : Faire signer les comptes rendus par le seul Président du CVS, conformément à l’article D311-20 du CASF.	"CVS 2022"	Le CVS s’est bien tenu 3 fois en 2022. En 2024 les CR seront signés uniquement par le président du CVS.	Il est déclaré que le CVS s’est tenu 3 fois en 2022. Deux comptes rendus ont bien été transmis (7 janvier et 10 octobre 2022). Il est précisé que le CR informatique de juin a été égaré. Il est étonnant que l’établissement n’ait pas été en mesure de trouver un exemplaire disponible auprès d’un membres du CVS, logiquement destinataires des CR (courriels ou voie postale) ou au sein de l’établissement, sachant que le document à vocation à être affiché dans l’établissement pour être consulté sur place par les résidents/familles. La direction déclare "qu’elle va se rapprocher de la secrétaire du CVS pour avoir un duplicata. Possibilité également d’avoir une attestation des représentants du CVS". Il est bien relevé à la lecture des comptes rendus du CVS que les réunions sont régulièrement tenues sur l’année. Par ailleurs, l’engagement de l’EHPAD de faire signer à l’avenir les comptes rendus par la présidente du CVS est bien pris en compte. Le CR du CVS du 4 décembre 2023 a bien été signé par elle seule. Les prescriptions 9 et 10 sont levées.
2- Accueil Temporaire (Accueil de Jour et/ou Hébergement Temporaire)							
2.1 Combien de lits en HT et/ou places en AJ sont autorisés au 1er janvier 2023 ? Joindre le justificatif.	OUI	Les arrêtés conjoints ARS/CD de 2014 attestent d’une autorisation de 86 places d’hébergement permanent, 4 places d’hébergement temporaire et 6 places d’accueil de jour.					
2.2 Si hébergement temporaire : préciser le taux d’occupation de l’hébergement temporaire pour 2022 et pour les 6 premiers mois de 2023. Si accueil de jour : transmettre la file active pour 2022 et pour les 6 premiers mois de 2023. Joindre le justificatif.	OUI	L’établissement a transmis la file active des résidents accueillis en accueil de jour comprenant 12 personnes pour le mois d’octobre 2023. Aucune information n’a été transmise concernant l’année 2022 et les six premiers des mois de 2023. Aucun document relatif à l’hébergement temporaire n’a été transmis. La mission s’interroge sur le respect de l’arrêtè d’autorisation de l’EHPAD.	Ecart 11 : En l’absence de transmission de justificatifs attestant de l’occupation des places en hébergement temporaire et en accueil de jour sur les années 2022 et 2023, l’établissement n’atteste pas respecter ses arrêtés d’autorisation.	Prescription 11 : Transmettre tout justificatif permettant d’attester du respect de l’établissement de ses arrêtés d’autorisation.	Etat d’activité 2022 Facturation AJ 2023 Activité 2023		Plusieurs documents sont remis : - pour 2023, la facturation HP et HT et le taux d’occupation de 32 % en AJ. - pour 2022, l’ERRD, qui concerne les 5 EHPAD du groupe dans le Rhône, a été remis. Il est mentionné 1 place occupée en HT en 2022 soit un taux d’occupation de 33,01 % et pour l’accueil de jour un taux d’occupation de 53,31 % AJ. La prescription 11 est levée.

2.3 L'Accueil de Jour et/ou l'Hébergement Temporaire dispose(nt)-il(s) d'un projet de service spécifique ? Joindre le document.	OUI	Le projet d'établissement comprend une annexe 10.4 intitulée " <i>Projet d'établissement Accueil de jour</i> ". Ce document présente bien un projet de service spécifique pour l'AJ. Aucun projet spécifique pour l'hébergement temporaire n'apparaît dans le projet d'établissement.	Ecart 12 : Il n'existe pas de projet spécifique de service pour l'hébergement temporaire, ce qui contrevient à l'article D312-9 du CASF.	Prescription 12 : Rédiger un projet de service spécifique pour l'hébergement temporaire, qui s'intégrera dans le projet d'établissement, en vertu de l'article D312-9 du CASF.		Un projet de service spécifique pour l'hébergement temporaire sera rédigé en 2024 et annexé au projet d'établissement.	Il est pris bonne note de l'engagement de l'établissement. La prescription 12 est maintenue dans l'attente de l'actualisation en 2024 du projet d'établissement. Il n'est pas attendu de documents probants en retour.
2.4 L'Accueil de Jour ou/et l'Hébergement Temporaire dispose(nt)-il(s) d'une équipe dédiée ? Joindre le planning du service sur une semaine en affichant les codes, les noms et les fonctions occupées.	OUI	Le planning hebdomadaire d'octobre 2023 transmis permet d'identifier le personnel dédié à l'accueil de jour, confirmant ainsi la présence d'une équipe spécifiquement affectée à ce service. Aucun élément n'est transmis concernant l'hébergement temporaire.	Remarque 3 : En l'absence d'élément de réponse concernant l'hébergement temporaire, la mission ne peut apprécier l'organisation mise en place pour cette offre d'accueil.	Recommandation 3 : Transmettre le planning (ou tout autre élément d'information) du personnel affecté à l'hébergement temporaire.		Cf. réponse courrier d'accompagnement.	Il est déclaré qu'il n'existe pas de planning spécifique du personnel dédié à l'accueil temporaire. Les 4 lits autorisés sont dispersés dans les 5 unités de vie de l'établissement. L'établissement ne possède pas d'unité dédiée à l'accueil temporaire. Les résidents en temporaire sont prise en charge comme pour les résidents en permanent. La recommandation 3 est levée.
2.5 Quelle est sa composition en indiquant la qualification pour chaque poste occupé? Joindre les diplômes.	OUI	Les diplômes des membres de l'équipe d'accueil de jour permettent d'attester de la composition suivante : - une animatrice, - une art-thérapeute, - une ASD, - une assistante de soin en gérontologie, - une IDE et, - une psychomotricienne. Aucun élément de réponse ne concerne l'hébergement temporaire.	Remarque 4 : En l'absence d'élément de réponse concernant l'hébergement temporaire, la mission ne peut apprécier de la composition et la qualification de l'équipe dédiée à cette offre d'accueil.	Recommandation 4 : Transmettre les diplômes du personnel dédié à l'hébergement temporaire.		Cf. réponse courrier d'accompagnement.	Compte tenu de l'absence d'une équipe dédiée pour prendre en charge de manière spécifique les personnes accueillies sur les places d'HT, la recommandation 4 est levée.
2.6 Le règlement de fonctionnement prévoit-il les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'Accueil Temporaire (Accueil de Jour et/ou Hébergement Temporaire)? Joindre le document.	OUI	Le règlement de fonctionnement de l'accueil de jour est complet. En revanche, il n'existe pas de règlement de fonctionnement concernant l'hébergement temporaire.	Ecart 13 : En l'absence de définition des modalités d'organisation de l'hébergement temporaire, dans le règlement de fonctionnement, l'établissement contrevient aux articles L311-7 et D312-9 du CASF.	Prescription 13 : Définir les modalités d'organisation de l'hébergement temporaire et l'intégrer dans le règlement de fonctionnement en vertu des articles L311-7 et D312-9 du CASF.		Les résidents accueillis dans le cadre d'un hébergement temporaire bénéficient du même accompagnement que les résidents accueillis en séjour permanent. Le règlement de fonctionnement est identique. Le contrat de séjour est quant à lui spécifique à l'hébergement temporaire.	Il est bien noté que la prise en charge des personnes accueillies sur l'HT est identique à celle des résidents présents sur les places en HP. La prescription 13 est levée.